

Kognitiv verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Verbesserung des Selbstbildes bei forensisch psychiatrischen Patienten mit einer psychotischen Störung und Paranoia. Eine randomisierte kontrollierte Studie.

Eva Bloemers, Vivienne de Vogel & Uta Kröger

Zusammenfassung

Menschen mit einer psychotischen Störung haben häufig ein negatives Selbstbild und damit ein geringes Selbstwertgefühl. Untersuchungen haben auch gezeigt, dass Paranoia direkt mit negativen Vorstellungen über das Selbst zusammenhängen kann. Sich minderwertig zu fühlen und an Paranoia zu leiden, kann zu Verletzlichkeit und Aggression führen. In der forensischen Psychiatrie gibt es eine Kategorie stationärer Patienten mit einer psychotischen Erkrankung und Paranoia. Diese Patienten leiden schwer unter ihrer Störung, die obendrein ein Prädiktor für einen ungünstigen Behandlungsverlauf ist und eine lange Verweildauer innerhalb der (forensischen) Psychiatrie nach sich zieht. In einer randomisierten kontrollierten Studie wird die Wirksamkeit des *Competitive Memory Training* (COMET), eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms zur Verbesserung des Selbstbildes bei in der Forensik untergebrachten psychotischen Patienten, die ebenfalls an Paranoia leiden, evaluiert und untersucht, ob ein positiveres Selbstbild auch zur Verringerung der Paranoia dieser Patienten führt. Die an einer kleinen Stichprobe durchgeführte Studie ergab eine signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls, aber keine Verringerung der Paranoia bei den Patienten, die an COMET teilnahmen.

Schlüsselwörter: Competitive Memory Training, Kognitive Verhaltenstherapie, Psychotische Patienten, Paranoia, Forensische Psychiatrie

Cognitive-behavioural treatment program to improve self-image in forensic psychiatric patients with a psychotic disorder and paranoia. A randomized controlled trial.

Summary

Low self-esteem in individuals with a psychotic disorder is common. Research has also shown that paranoia may directly build on negative ideas about the self. Feeling inferior and suffering from paranoia may lead to feelings of vulnerability and aggression. In forensic psychiatric care there is a category of inpatients suffering from psychosis and paranoia. Features of this group are that patients suffer severely and that psychosis with paranoia predicts poor clinical outcome and chronic (forensic) hospitalisation. In a randomized controlled trial in the Netherlands the efficacy of *Competitive Memory training* (COMET) was evaluated. COMET is a cognitive behavioural intervention aimed at improving self-esteem in psychotic patients who also suffer from paranoia. Furthermore, it was examined whether improvement of self-esteem leads to reduction of paranoia in forensic inpatients. The results of the small scale study showed a significant improvement on self-esteem, but no reduction on paranoia in patients who received COMET.

Keywords: Competitive Memory Training, cognitive behavioural therapy, psychotic patients, paranoia, forensic psychiatry

Einleitung

Patienten mit einer psychotischen Störung wie Schizophrenie verfügen oft über ein negatives Selbstbild mit einem mangelnden Selbstwertgefühl und negativen kognitiven Schemata, die das Selbst betreffen (Tarrier, 2014). Diese Selbstkognitionen sind aus vorausgegangenen individuellen Erfahrungen entstanden und verschiedene, schwer zu verändernde Faktoren spielen bei ihrer Entwicklung und Beibehaltung eine Rolle. So findet man in der Literatur viele Hinweise auf (früh)kindliche Traumatisierung. Empirische Untersuchungen haben ergeben, dass Traumata die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass jemand eine psychotische Störung entwickelt (Larkin & Morrison, 2009; Fowler et al., 2006; Read, Van Os, Morrison, & Ross, 2005), wobei ein traumatisches Ereignis auch unmittelbar der Startpunkt einer ersten Psychose sein kann (Williams-Keeler, Milliken, & Jones, 1994). Die persönliche Vorstellung von Sicherheit, Vertrauen, Recht und Schutzbedürftigkeit kann sich dadurch wesentlich ändern und im Einklang damit auch das Bild, das jemand von sich selbst, der Welt und seiner Zukunft hat. Zusätzlich kann man davon ausgehen, dass aus den negativen Folgen, die sich aus einer schweren psychischen Erkrankung ergeben, negative Selbstkognitionen entstehen bzw. sich verstärken. Dies kann eine Abwärtsspirale in Gang setzen, wobei Informationen aus individuellen Erfahrungen auf spezifische Weise, konform dem negativen Selbstbild, interpretiert werden und das negative Selbstbild immer weiter verstärkt anstatt im positiven Sinne angepasst wird (Tarrier, 2014). Diese Entwicklung sorgt in Kombination mit dem Stigma der psychischen Störung für Gefühle der

Hoffnungslosigkeit und ein vermindertes Bedürfnis nach sozialen Kontakten. Außerdem kann die oft kritische, feindliche oder überbesorgte Haltung des familiären Umfelds dem psychisch Kranken gegenüber dafür sorgen, dass negative Schemata über das Selbst entstehen bzw. beibehalten werden (Tarrier, 2014).

Längsschnitt- und experimentelle Studien belegen ebenfalls einen kausalen Zusammenhang zwischen negativen Selbstkognitionen und paranoiden Gedanken oder Wahnbildern (Freeman et al., 2014). Fowler et al. (2006) stellten in einer nichtklinischen Population von mehr als 700 Studenten fest, dass paranoides Denken in starkem Maße mit negativeren Ansichten über sich selbst und anderen verbunden ist. Eine vergleichbare Studie mit 100 psychotischen Patienten ergab, dass die Schwere der Störung, Präokkupationen und Verfolgungsideen mit negativen Kognitionen über das Selbst und den Anderen, geringem Selbstwertgefühl und Depressionen korrelieren (Smith et al., 2006). Anhand einer Querschnittsstudie unter 200 Studenten stellten Gracie et al. (2007) fest, dass eine Vorgeschichte von Kindheitstraumen und sexuellem oder körperlichem Missbrauch mit einem erhöhten Maß an paranoidem Denken verbunden ist. Neben einem global negativen Selbstbild sind spezifische negative und möglicherweise dysfunktionale zwischenmenschliche Selbstkonzepte charakteristisch für paranoides Denken. Dabei zeigt sich, dass das Selbstbild von Patienten negativer ist, die beispielsweise davon ausgehen, dass ihre Verfolgung verdient ist. Die Ergebnisse systematischer Reviews verschiedener Studien über paranoide Wahnvorstellungen und Selbstbild unterstreichen die Notwendigkeit, Patienten mit paranoiden Wahnvorstellungen Interventionen anzubieten, die das Selbstbild verbessern (Kesting, & Lincoln, 2013). Im Jahr 2014 wurde einer Gruppe von ambulanten Patienten mit Verfolgungswahn eine spezielle, kurzfristige (6 Sitzungen) Behandlungsintervention angeboten, die auf eine Steigerung des Selbstwertgefühls abzielte. Die Effekte dieser Intervention waren jedoch nicht signifikant, einige Trends wurden kurzfristig festgestellt, waren aber bei einem Follow-up nach 12 Monaten nicht mehr wahrzunehmen (Freeman et al., 2014). Die Autoren plädierten für weitere Untersuchungen nach dem Einfluss von Interventionen zur Verbesserung der Selbsteinschätzung bei paranoiden Patienten. Untersuchungen zeigen ebenfalls, dass ein positiver Zusammenhang zwischen paranoiden Gedanken und Aggression besteht, sowohl bei Patienten mit Schizophrenie als auch in der Normalbevölkerung (Van Dongen, Buck, Kool, & Van Marle, 2011) und dass paranoide Gedanken, wie ein Verfolgungswahn, einer der Faktoren sind, die zu gewalttätigem Verhalten bei stationären Patienten beitragen (Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011). Patienten mit Verfolgungswahn sind davon überzeugt, dass andere ihnen in psychischer, physischer bzw. sozialer Hinsicht Schaden zufügen wollen (Freeman & Garety, 2000).

Paranoia ist eines der Kernsymptome psychotischer Erlebnisse, und ein erheblicher Anteil der Patienten in der forensischen Psychiatrie leidet unter paranoiden Gedanken. Der Leidensdruck ist bei diesen Patienten oft sehr hoch. Aufgrund ihres starken Misstrauens sind sie jedoch häufig nicht für eine Behandlung motiviert. Paranoide Gedanken spielen außerdem eine große Rolle bei der Verursachung aggressiver Vorfälle, sowohl während als auch außerhalb des stationären Aufenthalts, was häufig zu

einer langen Unterbringungsdauer dieser Patienten in der forensischen Psychiatrie führt. Bestehende Behandlungen für diese Zielgruppe haben sich bisher nur teilweise als wirksam erwiesen (Leucht et al., 2013; Van der Gaag, Valmaggia, & Smit, 2014).

Im vorliegenden Beitrag wird eine Studie über die Wirksamkeit eines kognitiv verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammes, das *Competitive Memory Training* (COMET) beschrieben, das speziell darauf abzielt, das negative Selbstbild zu verbessern und damit eines der wichtigsten Faktoren zu verändern, das zur Entwicklung und Aufrechterhaltung paranoider Gedanken beiträgt. Im Folgenden wird zunächst das COMET beschrieben und anschließend ein Überblick über die empirische Untersuchung gegeben.

COMET bei negativem Selbstbild

Das COMET ist ein protokolliertes Behandlungsprogramm zur Verbesserung des Selbstbildes. Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Imagination, Selbstverbalisation und Musik werden genutzt (Korrelboom, 2011). Diese Interventionen basieren auf dem Modell der ‚competitive memory retrieval‘ (Brewin, 2006), wonach das Gedächtnis aus einem sich kontinuierlich neu organisierenden, konkurrierenden Netzwerk besteht und jedes darin enthaltende Konzept, wie das Selbstkonzept, über unterschiedliche Bedeutungsrepräsentationen im Langzeitgedächtnis verfügt. Es besteht dadurch eine Art Wettbewerb beim Abrufen dieser unterschiedlichen Bedeutungen aus dem Gedächtnis. Bei Menschen mit Psychopathologie gewinnen die dysfunktionalen Repräsentationen häufiger diesen Wettbewerb im Gedächtnisnetzwerk und andere mögliche Repräsentationen werden gehemmt. Es wird davon ausgegangen, dass eine erfolgreiche Therapie diese Hierarchie verändert, so dass funktionale, positive Gedächtnisinhalte mehr dominieren.

Das protokollierte Behandlungsprogramm ist für die Gruppenbehandlung entwickelt, kann aber auch in Einzeltherapie durchgeführt werden. Es besteht aus durchschnittlich acht Sitzungen von eineinhalb Stunden. Das Programm verwendet vier Verfahren zur Verbesserung der negativen Kernkognition: Imagination, Selbstverbalisation, motorisches Feedback und Musik. Das negative Selbstbild wird zunächst kurz besprochen. Direkt anschließend werden real vorhandene, kompetente Aspekte des Selbst identifiziert, die den negativen Selbstkognitionen widersprechen. Diese konkurrierenden positiven Selbstkognitionen werden anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet. Alltägliche oder besondere Ereignisse im Leben des Patienten, bei denen positive Eigenschaften stark erlebt wurden, werden aufgewertet, indem sie vom Patienten detailliert schriftlich festgelegt werden. Die Erinnerungen an diese positiv empfundenen Ereignisse werden zudem mit Hilfe von Imagination lebendig nacherlebt. Durch übereinstimmende positive Selbstverbalisation, Körperhaltungen, Gesichtsausdrücke und den Einsatz von Musik, die das positive Gefühl stark symbolisiert, werden die positiven Gedächtnisinhalte noch greifbarer. Die Übungen zur Erinnerung an die positiven

Eigenschaften werden regelmäßig sowohl innerhalb als auch außerhalb der Sitzungen wiederholt. In der folgenden Phase des Protokolls werden diese positiven Erinnerungen mit Situationen verknüpft, die zuvor negative Selbstüberzeugungen aktiviert haben. Diese Gegenkonditionierung erfolgt auf zwei Wegen: Zum einen wird versucht, durch wiederholtes Koppeln des positiven Selbstbildes an schwierige Situationen eine sogenannte Immunisierung zu erzielen; das heißt, negative Selbstkognitionen sollen dadurch immer schwerer ausgelöst werden. Zum andern lernt der Patient als Coping-Variante aktiv auf das positive Selbstbild umzuschalten, wenn das negative Selbstbild dennoch aktiviert wird.

Das Selbstbild ist ein wichtiger transdiagnostischer Faktor, der als Merkmal oder zusätzliches Problem in verschiedenen Klassifikationen auftritt. Da es sich bei COMET um eine transdiagnostische Technik handelt, wurden Studien zu einer Vielzahl von Störungen durchgeführt, einschließlich Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Hörstörungen (siehe Van der Gaag, Starring, & Valmaggia, 2012a). Nach den bisherigen Untersuchungsbefunden trägt das COMET zur Verbesserung des Selbstbildes bei verschiedenen Patientenpopulationen bei und hat sich damit als eine effektive Behandlungsintervention erwiesen (Korrelboom, Starring, & Van Loon, 2017; Van der Gaag, Van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012b; Korrelboom, Marissen, & Van Assendelft, 2011; Korrelboom, Young, Huijbrechts, & Dansen, 2009). COMET wird in Kombination mit einer anderen protokollierten Therapie auch zur Behandlung von Patienten angewandt, die Stimmen hören oder unter anderen Halluzinationen leiden (Van der Gaag et al., 2012b). Die Effektivität von COMET wurde kürzlich bei Patienten mit einer Angststörung und geringem Selbstwertgefühl untersucht, wobei auch der Zusammenhang zwischen Selbstbild und paranoidem Denken berücksichtigt wurde. Diese neue Studie zeigt unter anderem, dass effektive, zielgerichtete Interventionen zur Verbesserung des Selbstbildes nicht nur positiven Einfluss haben auf die Selbstkognitionen, sondern ebenfalls helfen, paranoide Gedanken zu verringern (Korrelboom et al., 2017). COMET wurde bisher jedoch noch nicht bei Patienten mit psychotischen Störungen und Paranoia untersucht.

Ziel der vorliegenden Studie ist es zu untersuchen, inwieweit COMET auch wirksam ist, wenn es bei forensisch-psychiatrischen Patienten mit psychotischen Störungen und Paranoia angewandt wird. Angenommen wird, dass das Behandlungsprogramm auch in dieser Patientengruppe das Selbstwertgefühl verbessert und infolgedessen ebenfalls die Paranoia vermindert.

Forschungsmethode

Verfahren

Die Durchführung dieser randomisierten, kontrollierten Studie wurde von der Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät der Universität Rotterdam genehmigt. Die Untersuchung fand im stationären Bereich eines niederländischen Zentrums für forensische Psychiatrie, *De Forensische Zorgspecialisten*, statt. Die dort behandelten Patienten sind im Rahmen einer strafrechtlichen (Maßregelvollzug) oder zivilrechtlichen Maßnahme untergebracht. Teilnahme-kriterien waren ein Alter zwischen 18 und 70 Jahren, die ausreichende Beherrschung der niederländischen Sprache, eine Diagnose innerhalb des Psychose-Spektrums und paranoide Gedanken. Bei einem Teil der Patienten wurde die Diagnose Schizophrenie, paranoider Typus gestellt (DSM IV), andere hatten eine psychotische Störung und zusätzlich paranoide Gedanken oder Wahnbilder. Die leitenden Psychologen wandten sich an die Patienten, die die Teilnahme-kriterien erfüllten. Sie wurden mündlich und schriftlich über die Untersuchung informiert und bekamen die Zusicherung, die Teilnahme jederzeit beenden zu können, ohne dass dies weitere Konsequenzen für ihre Behandlung haben würde. Nach ihrer schriftlichen Einverständniserklärung wurden die Patienten at random der Experimental- oder Kontrollgruppe zugeordnet. Es wurde sichergestellt, dass die Experimental- und Kontrollgruppe ihr Training zur gleichen Zeit angeboten bekamen, um zu verhindern, dass ein Unterschied im Ergebnis beider Gruppen durch den Zeitraum erklärt werden kann, in dem das Training stattfand.

Die Experimentalgruppe nahm am Behandlungsprogramm COMET teil, das in der Klinik bisher noch nicht angewandt worden war. Das Protokoll wurde mit Rücksicht auf die psychischen und kognitiven Einschränkungen der Zielgruppe geringfügig angepasst. So wurde das Tempo der Durchführung des Protokolls verlangsamt und die Anzahl der Sitzungen von den ursprünglich geplanten acht auf zehn Sitzungen erhöht. Außerdem wurde ein Flipchart verwendet, um die mündlichen Erläuterungen visuell zu unterstützen. Die Kontrollgruppe (*treatment as usual*) nahm an einem in der Klinik entwickelten und bereits seit fünf Jahren standardmäßig angebotenen Behandlungsprogramm teil, dem sogenannten Training „*Grip op je leven*“ (übersetzt ungefähr: „Dein Leben wieder in den Griff bekommen.“). Dieses Behandlungsprogramm besteht aus mehreren Modulen, die auf die Verbesserung der Emotionsregulation und Copingfähigkeiten abzielen. Das Design des Programms kalkuliert die Kompliziertheit der Behandlung vieler stationärer forensischer Patienten, wie ihre oft ambivalente Einstellung ihrer Problematik gegenüber, ein. Außerdem werden die häufig aufgrund der Erkrankung eingeschränkten psychischen Funktionen, z. B. Defizite bei der Aufmerksamkeit und Handlungsplanung, Denkstörungen, mangelnde Krankheitseinsicht oder Negativsymptome mitberücksichtigt. Ziel des Trainingsprogramms ist es, den Teilnehmern einen besseren Überblick über ihr Leben zu ermöglichen. Das Programm basiert auf den Prinzipien der Behandlung von Emotionsregulationsstörungen (Blum et al. 2008) und des *Community Reinforcement Approach* (CRA; Greeven &

Roozen, 2019). Es werden sowohl handlungs- und lösungsorientierte als auch intrapsychische Ziele gesetzt.

An der Studie waren insgesamt acht Therapeuten beteiligt. Alle waren bereits fachlich gut geschult und in der Therapie forensisch-psychiatrischer Patienten erfahren, aber absolvierten zusätzlich eine zertifizierte Schulung in der COMET-Methode bzw. wurden für die Durchführung des Trainings „*Grip op je leven*“ speziell geschult. Während der Untersuchung nahmen die Therapeuten an Beratungsgesprächen mit dem Untersuchungsleiter teil, um den Verlauf des Trainings miteinander zu besprechen und eventuelle Probleme frühzeitig lösen zu können.

Die Messungen wurden vor der ersten Trainingssitzung (T1), unmittelbar nach dem Ende der letzten Trainingssitzung (T2) und acht Wochen nach dem Training (T3) durchgeführt. Alle Patienten, die an der Studie teilgenommen hatten, wurden dreimal für ihre Teilnahme belohnt: nach der Hälfte des Trainings, unmittelbar nach dem Training und nach der letzten Messung. Die Belohnungen bestanden aus kleinen Geschenken wie Pflegeprodukten.

In der letzten Trainingssitzung wurde das Behandlungsprogramm zusätzlich mit den Patienten beider Gruppen ausgewertet. Die Patienten wurden befragt, was sie von der Behandlung hielten und inwieweit sie den Eindruck hatten, dass das Training für sie nützlich gewesen sei.

Untersuchungsteilnehmer

Von den zwanzig Patienten, die in der Klinik die Kriterien für die Teilnahme an der Untersuchung erfüllten, waren vierzehn dazu bereit. Einige Patienten fanden, bereits genug Therapie bekommen zu haben oder nicht mehr mit einer neuen Therapie starten zu wollen, da sie davon ausgingen, die Klinik bald zu verlassen. Andere gaben keine besonderen Gründe für die Ablehnung an. Zwei Teilnehmer fielen während der Untersuchung wegen Krankheit bzw. Entlassung aus der Klinik direkt nach dem Training aus. Bei jedem Teilnehmer war eine psychotische Störung diagnostiziert, wobei alle Diagnosen innerhalb des Psychosespektrums eingeschlossen waren. Die Diagnosen oder Anamnesen zeigten auch, dass alle Patienten unter paranoidem Denken litten oder gelitten hatten. Bei allen Teilnehmern lag Komorbidität vor, wie z. B. Suchtprobleme. Da dies für diese Zielgruppe repräsentativ ist (Goethals, 2008; Regier et al. 1990), wurde Komorbidität nicht als Ausschlusskriterium gewertet. Alle Teilnehmer waren auf (antipsychotische) Medikamente eingestellt.

Forschungsinstrumente

Aufgrund ihrer begrenzten Belastbarkeit wurden die Teilnehmer gebeten, zwei relativ kurze, standardisierte Fragebögen zur Selbsteinschätzung auszufüllen, die häufig in der Forschung verwendet werden und als valide sowie zuverlässig gelten. Da bereits im Vorfeld zu erwarten war, dass das Ausmaß des Misstrauens bei der Beantwortung des Fragebogens zur Selbsteinschätzung eine Rolle spielen könnte und die ausschließliche Verwendung von Fragebögen bei forensischen Patienten grundsätzlich fragwürdig ist, aufgrund deren Neigung Probleme zu leugnen (De Ruiter & Hildebrand, 2005) oder aber sehr einseitig wahrzunehmen – insbesondere bei Paranoia –, wurde ein Interview als qualitatives Verfahren hinzugefügt, das einen tieferen Informationsgehalt bietet.

Zur Messung des Selbstbildes wurde eine niederländische Übersetzung der *Rosenberg self-esteem scale* verwandt (RSES; Rosenberg, 1965; Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008). Dieser Selbstfragebogen misst das globale Selbstwertgefühl auf einer eindimensionalen Skala, wobei höhere Werte auf ein gutes globales Selbstwertgefühl hinweisen (Franck et al., 2008).

Zur Bestimmung der Paranoia wurde die *Green Suspicious Thought Scale* (GAGS; Green et al., 2008) verwendet. Diese zweidimensionale Skala misst, inwieweit sich jemand Sorgen darüber macht, was andere über ihn denken, sowie die paranoiden Gedanken im vorangegangenen Monat. Eine höhere Punktzahl bedeutet eine stärker ausgeprägte Paranoia.

Als qualitatives Verfahren wurde die niederländische Übersetzung der *Positive and Negative Syndrom Scale* (PANSS)-Interviews bei den Teilnehmern abgenommen (Kay, Fiszbein, & Opler, 1986; Wolthaus et al. 2000). Die PANSS bildet den aktuellen Schweregrad der Beschwerden ab, ist zur Beurteilung des Behandlungseffekts geeignet und erfordert einen begrenzten Zeitaufwand bei der Durchführung und Auswertung. Das Instrument besteht aus drei Subskalen, die jeweils die positiven und negativen Symptome sowie die allgemeine Pathologie messen. Die Studie befasste sich darüber hinaus explizit mit Item 5 („Misstrauen“) der positiven Symptome der PANNS. Dieses Item bewertet Paranoia auf strukturierte Weise, basierend auf den Beobachtungen und Aussagen der Teilnehmer während der Durchführung des PANNS-Interviews. Das Item wurde explorativ verwendet, um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse aus den Selbstfragebögen besser einschätzen zu können.

Design und statistische Analysen

Die vorliegende Untersuchung hat ein kombiniertes „*Within-between*“-Design. Die Daten bestehen aus zwei Ergebnismaßen, nämlich dem Selbstbild bzw. Selbstwertgefühl und dem Grad der Paranoia, während die Experimental- oder Kontrollkondition unabhängige Variablen darstellen. Die Daten wurden mittels einer wiederholten

Varianzanalyse (ANOVA) zu drei Messzeitpunkten analysiert, wobei die unterschiedlichen Resultate als „*Within subject*“-Variablen und die Behandlungskonditionen als „*Between subject*“-Variablen gelten. Anhand dieser Analyse wurde geprüft, ob das Selbstwertgefühl steigt und der Grad der Paranoia über die drei Messmomente abnimmt. Es wurde zudem geprüft, ob das Ausmaß der Zunahme des Selbstwertgefühls und der Abnahme der Paranoia zwischen den beiden Konditionen variiert (Interaktionseffekt). Unter Berücksichtigung beider Konditionen wurde explorativ der Effekt auf den drei Subskalen der PANSS über die drei Messzeitpunkte untersucht, mit besonderer Berücksichtigung des Items „Misstrauen“ (5), um festzustellen, ob sich die Resultate aus dem Fragebogen von den Ergebnissen des Interviews in Bezug auf diesen Faktor unterscheiden. Außerdem wurde explorativ die Korrelation zwischen dem GAGS und der speziellen PANSS-Items untersucht.

Forschungsbefunde

Die Scores für das Selbstbild sind für beide Gruppen und jeden Messzeitpunkt in Abbildung 1 und Tabelle 1 dargestellt. Die Annahme der Sphärizität wurde erfüllt ($\chi^2 = .77, p = .308$). Auffällig ist, dass das Selbstwertgefühl über die drei Messmomente ansteigt ($F = 3,98, p = 0,035$). Betrachtet man die Wechselwirkung zwischen beiden Konditionen, so wird deutlich, dass der Effekt durch eine Zunahme des Selbstwertgefühls unter der experimentellen Kondition verursacht wird ($F = 3,661, p = 0,044$). Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten gefunden. Relativ gesehen gibt es keine deutliche Zunahme zu einem bestimmten Messzeitpunkt bei der Experimentalkondition (T1 und T2, $F = 3,21, p = 0,10$, T2 und

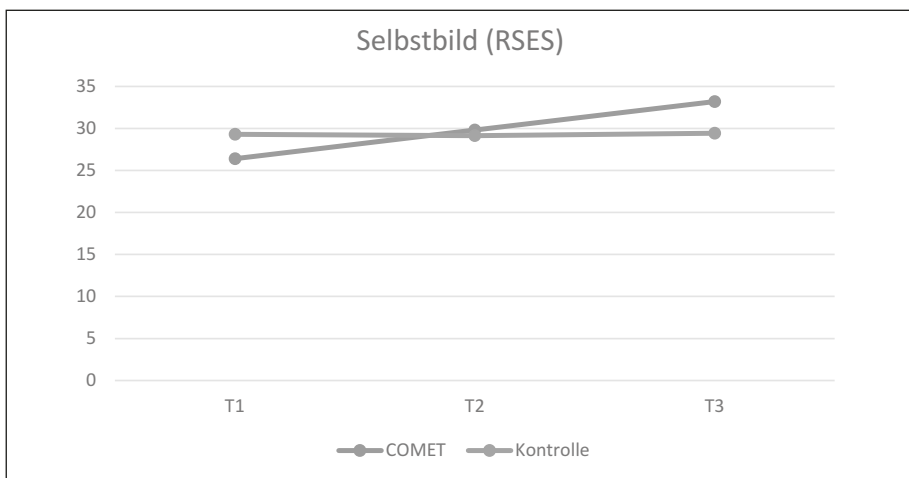


Abbildung 1: Verlauf der Selbstbildscores unter Experimental- und Kontrollkondition

Tabelle 1: Vergleich der Durchschnittsscores (Standardabweichungen) unter Experimental- und Kontrollkonditionen auf dem RSES und GAGS im Verlauf der Zeit (T1, T2, T3)

	COMET (N = 5)			KONTROLLE (N = 7)			Resultat (95 %)	Interaktion (95 %) Zeit* Kondition
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3		
RSES	26.40 (8.44)	29.80 (5.63)	33.20 (3.83)	29.29 (4.31)	29.14 (2.78)	29.43 (6.16)	F = 3.98 <i>p</i> = .035	F = 3.66 <i>p</i> = .044
GAGS	55.80 (19.87)	54.60 (35.58)	58.00 (32.07)	62.43 (19.7)	49.86 (16.5)	47.86 (12.77)	F = .97 <i>p</i> = .39	F = 1.24 <i>p</i> = .31

*Vermerk: Signifikante Resultate *p* < .05 sind fettgedruckt. Der Zuverlässigkeitsintervall beträgt 95 %.

T3, *F* = 1,78, *p* = 0,21). Unter der Experimentalkondition war ein Spitzenwert in Bezug auf die anfängliche Bewertung des Selbstbildes zu verzeichnen. Dies wurde jedoch nicht aus den Analysen ausgeschlossen, da die Merkmale dieses Teilnehmers repräsentativ für die Gruppe waren.

Die Scores für Paranoia sind für beide Gruppen und jeden Messzeitpunkt in Abbildung 2 und ebenfalls in Tabelle 1 dargestellt. Die Annahme der Sphärizität wurde erfüllt ($\chi^2 = .82$, *p* = .42). Es wurden keine Effekte über die Zeit hinweg gefunden (*F* = 0.97, *p* = .39) und keine unterschiedlichen Resultate zwischen den beiden Untersuchungskonditionen festgestellt (*F* = 1.24, *p* = .31). Die Paranoia nahm unter beiden Konditionen zu den drei Messzeitpunkten nicht signifikant zu oder ab. Die unterschiedlichen Anfangsscores der Experimental- und Kontrollgruppe für Selbstbild und Paranoia beruhen auf Zufall.

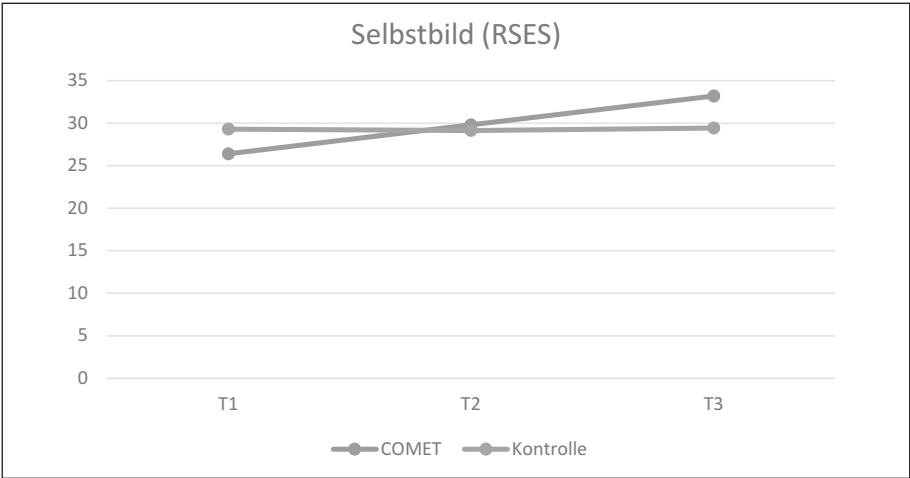


Abbildung 2: Verlauf der Paranoiascores unter Experimental- und Kontrollkondition

Die Bewertungen für die PANSS für beide Gruppen und für jeden Messzeitpunkt sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Annahme der Sphärizität wurde für die negativen PANSS-Symptome (PANNS Neg) ($\chi^2 = 0,70, p = 0,19$) und für das Item 5 der positiven Subskala (PANNS Acht) erfüllt ($\chi^2 = .97, p = .87$). Mauchlys Test ergab, dass die Annahme der Sphärizität für PANNS Acht ($\chi^2 = .45, p < .05$) und für die Subskala der allgemeinen Psychopathologie (PANNS Alg) ($\chi^2 = .49, p < .05$) nicht erfüllt war. Daher wurde eine Greenhouse-Geisser Korrektur der Freiheitsgrade für diese beiden Skalen vorgenommen ($\varepsilon = .65$ und $\varepsilon = .66$). Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Scores auf den verschiedenen Skalen gefunden (siehe Tabelle 2). Dies galt sowohl für den zeitlichen Verlauf als auch für den Vergleich zwischen den beiden Konditionen. Auf der Skala der negativen Symptome war jedoch ein Trend zu erkennen, und zwar eine Zunahme der negativen Symptome ($F = 3,08, p = 0,07$). Dies galt für beide Konditionen. Die Schwere der auf die drei Subskalen (positive, negative und allgemeine Psychopathologie) verteilten Symptome nahm über die drei Messzeitpunkte hinweg nicht signifikant zu oder ab. Betrachtet man Item 5 der positiven Subskala, so ergibt sich ebenfalls kein signifikanter Effekt ($F = 0,38, p = 0,68$). Es wurde jedoch beobachtet, dass das Misstrauen unter der Experimentalbedingung zwischen T2 und T3 abnahm, während es unter der Kontrollkondition leicht zunahm ($F = 2,77, p = 0,09$). Der Grad des Misstrauens auf dem GAGS ist mäßig mit dem Item 5 auf der PANNS korreliert (Pearson's Korrelation .433, $p = .160$).

Tabelle 2: Vergleich der Durchschnittsscores (Standardabweichungen) unter Experimental- und Kontrollkonditionen auf dem PANNS im Verlauf der Zeit (T1, T2, T3)

	COMET (N = 5)			KONTROLLE (N = 7)			Resultat (95 %)	Interaktion (95 %) Zeit* Kondition
	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3		
PANSS Neg.	16.80 (7.26)	18.60 (4.76)	33.20 (3.83)	20.00 (6.48)	23.14 (5.82)	23.43 (6.71)	$F = 3.08$ $p = .07$	$F = 0.5$ $p = .87$
PANSS Alg.	38.40 (9.61)	39.20 (7.46)	58.00 (32.07)	36.43 (7.83)	42.29 (6.37)	42.00 (4.76)	$F = 1.89$ $p = .19$	$F = 0.75$ $p = .44$
PANSS Acht	3.40 (2.61)	3.20 (1.79)	2.20 (1.79)	2.71 (1.38)	3.14 (1.22)	3.43 (1.13)	$F = 0.38$ $p = .68$	$F = 2.77$ $p = .09$

*Vermerk: Das Zuverlässigkeitsintervall beträgt 95 %.

Subjektive Evaluation

Die Teilnahme der Patienten am Training hatte keine negativen Auswirkungen auf ihr Krankheitsbild. Während des Trainings traten keine Zwischenfälle auf, und es war nicht erforderlich, aufgrund einer psychotischen Dekompensation medikamentös oder auf andere Weise einzugreifen. Die Teilnehmer der experimentellen wie der Kontrollgruppe versäumten zwar oft, ihre Hausaufgaben zu machen; das heißt, auch

außerhalb der Sitzungen bestimmtes Verhalten einzuüben, sie besuchten jedoch alle Sitzungen treu und reagierten positiv auf das jeweilige Behandlungsangebot. Die Reaktionen der Patienten, die am Training „Grip op je leven“ teilgenommen hatten, stimmten mit früheren positiven Beurteilungen von Patienten dieses Trainings überein. Im Anschluss an das COMET reagierten sowohl die Patienten als auch die Therapeuten ausgesprochen positiv auf diese neue Trainingsmethode. Im Folgenden sind einige Kommentare wörtlich wiedergegeben:

- Teilnehmer A: „Darauf kommt es wirklich an. Dieses Training ist mir sehr wichtig. Ich möchte es gerne fortsetzen.“
- Teilnehmer B: „Durch das Training fühle ich mich stärker und habe mehr Selbstvertrauen gewonnen. Ich verlange sogar weniger danach, Drogen zu gebrauchen.“
- Teilnehmer C: „Ich hatte erst Angst vor dem Training, es hat mir dann aber Spaß gemacht und ich fand es sehr sinnvoll. Ich habe jetzt weniger negative Gedanken. Bei einem Folgetraining würde ich gerne mitmachen.“
- Therapeut A: „Das Training besteht aus praktischen und anwendbaren positiven Interventionen, um Patienten zu helfen, zum Teil tief verwurzelte Überzeugungen abzulegen. Die Kraft der Wiederholung während der Übungen bietet den Patienten wie den Behandlern eine wichtige Orientierungshilfe.“
- Therapeut B: „Ich finde das Training gut strukturiert und übersichtlich. Alle Teilnehmer haben sich während des Trainings sehr viel Mühe gegeben und es war sehr ermutigend, die positiven Entwicklungen im Verlauf des Trainings zu beobachten. Die Hausaufgaben zu erledigen, erwies sich in der Praxis als schwierig. Bei einem eventuellen Folgetraining wäre es zu empfehlen, das Üben beispielsweise durch ein kurzes zusätzliches Treffen zu unterstützen.“

Schlussfolgerungen

Relevante Befunde

In der vorliegenden Studie wurde erstmalig die Wirksamkeit der Anwendung von COMET bei forensisch psychiatrischen Patienten mit psychotischen Störungen und Paranoia empirisch untersucht. Die Studie befasste sich mit der Frage, ob das Selbstwertgefühl in dieser Zielgruppe durch die Teilnahme am COMET im Vergleich zur Teilnahme an der Kontrollkondition (*treatment as usual*) verstärkt wird und resultierend daraus die Paranoia abnimmt.

Die Analysen zeigen, dass sich das Selbstbild unter der experimentellen Kondition im Gegensatz zur Kontrollkondition tatsächlich verbessert. Was das paranoide Denken anbelangt, wurden jedoch keine signifikanten Auswirkungen unter beiden Konditionen festgestellt. Das Misstrauen nahm nicht zu oder ab. Auch der explorative Vergleich des Fragebogens mit dem Item „Misstrauen“ auf der PANSS ergab keinen signifikanten Effekt. Das Fehlen eines Effekts auf das Misstrauen kann verschiedene

Ursachen haben. Zum Ersten steigt auch das Selbstbild nicht speziell während des Trainings, das heißt, zwischen T1 und T2, sondern über die drei Messmomente hinweg. Da die Anfangshypothese war, dass das Misstrauen erst nach Steigerung des Selbstwertgefühls nachlassen würde, hat sich diese Entwicklung möglicherweise verzögert und erst nach Beendigung der Untersuchung stattgefunden. Denkbar ist auch, dass die Patienten zu Beginn der Untersuchung noch so misstrauisch waren, dass sie, um mehr sozial angepasst zu erscheinen, beim Ausfüllen des Fragebogens ein geringeres Maß an Paranoia angaben, sich im Laufe der Behandlung jedoch, nachdem sie mehr Vertrauen gewonnen hatten, offener über ihr Misstrauen äußerten. Dies würde auch erklären, warum die Scores bei allen Messmomenten gleich blieben. Letztendlich können auch andere Faktoren als das Selbstwertgefühl dafür verantwortlich sein, dass das Misstrauen bei dieser Zielgruppe aufrechterhalten bleibt, was andere Maßnahmen erforderlich machen würde, um das paranoide Denken zu verringern. Betrachtet man die Effekte der Behandlung auf dem PANSS, so sind auf den Subskalen keine Veränderungen in Bezug auf die Schwere der psychotischen Symptome zu erkennen. Weder die Experimental-, noch die Kontrollkondition verzeichneten eine Zu- oder Abnahme der psychotischen Symptome. Dieses Ergebnis stimmt mit den klinischen Beobachtungen überein: Bei keinem der Teilnehmer war während oder unmittelbar nach dem Training eine Verschlechterung des psychischen Zustands aufgetreten. Beide Behandlungsprogramme sind auch nicht speziell auf die Behandlung der psychotischen Symptome ausgerichtet. COMET zielt darauf ab, das Selbstbild zu verbessern und „*Grip op je leven*“ wurde zur Stärkung der Emotionsregulation und Copingfähigkeiten entwickelt.

Obwohl es sich bei der vorliegenden Studie um eine kleine Stichprobe handelt, hat sie doch Relevanz für die klinische Praxis. Abgesehen vom positiven Effekt des COMET auf das Selbstwertgefühl waren beide Behandlungsprogramme offensichtlich so motivierend, dass alle Patienten regelmäßig an den Sitzungen teilnahmen. Das Training „*Grip op je leven*“ ist speziell für chronisch psychiatrische Patienten mit geringer Behandlungsmotivation entwickelt, während dies bei COMET nicht der Fall ist. Ein großes Problem bei dieser Zielgruppe ist die mangelnde Motivation zur Behandlung. Patienten brechen die Therapie regelmäßig vorzeitig ab, weil sie aufgrund ihrer psychischen Beschwerden die mit der Behandlung verbundenen Anforderungen nicht erfüllen können, zu paranoid sind oder andere Probleme die regelmäßige Teilnahme verhindern. Auffällig ist daher, dass es während des COMET zu keinem Therapieabbruch gekommen ist. Sowohl die Patienten als auch die Therapeuten zeigten sich rückblickend enthusiastisch über das Training. Für alle Teilnehmer gilt, dass sie das Training als wertvoll empfunden haben. Ein Großteil der Patienten erkundigte sich sogar nach einem Folgetraining.

Grenzen und Empfehlungen für die Zukunft

Die vorliegende Studie weist eine Reihe von Einschränkungen auf. An erster Stelle sind ihre Resultate aufgrund der kleinen Stichprobe nur begrenzt aussagekräftig. Ursprünglich war zwar eine gemeinsame Untersuchung mit einer allgemeinpsychiatrischen Klinik geplant, was eine größere Anzahl Probanden ergeben hätte, dieses Vorhaben scheiterte aber bereits vor Anfang der Untersuchung aus praktischen Gründen. Um zu überprüfen, ob die Befunde unter optimaleren Bedingungen tatsächlich bestätigt werden können, bedarf es Replikationen der Studie mit größeren Stichproben und über einen längeren Zeitraum hinweg. Zusätzlich wird empfohlen, diese Studie auch bei Stichproben mit nicht-forensischen Patienten mit einer chronischen psychotischen Störung und Paranoia zu replizieren. Eine weitere Einschränkung bestand darin, dass es den Patienten sowohl unter der experimentellen als der Kontrollkondition schwerfiel, die Übungen, die sie regelmäßig außerhalb der Sitzungen durchführen sollten, auch tatsächlich zu verrichten. Bei COMET besteht ein wichtiger Teil des Trainings darin, dass Patienten die Übungen als Hausaufgabe ein- oder mehrmals täglich ausführen, sodass sich positive Selbsteinschätzungen besser konsolidieren können. Dies gilt insbesondere für die betroffene Zielgruppe, die oft mit tiefer Verunsicherung des eigenen Selbstbildes zu kämpfen hat, was ein intensives Training erfordert, statt nur auf wöchentliche Sitzungen beschränkte Übungen. Es sollte daher mehr Unterstützung bei der Ausführung der Hausaufgaben geboten werden. Außerdem ist es zu empfehlen, das Protokoll im Hinblick auf die psychischen Probleme dieser Zielgruppe etwas anzupassen, unter anderem das Tempo zu verlangsamen und zusätzlich Informationen zu visualisieren.

Für die Studie wurden hauptsächlich Fragebögen zur Selbsteinschätzung verwendet. Dabei wiesen fast alle Patienten zu Beginn der Studie bereits einen relativ hohen RSES-Wert (Selbstbild) auf, was nicht mit den Angaben der Teilnehmer während der Gruppengespräche übereinstimmte. Das gleiche Problem bezüglich der Selbsteinschätzung tritt möglicherweise bei der Messung des Misstrauens auf. Während keine Effekte auf dem Selbstfragebogen festgestellt wurden, weist die PANSS zwischen T2 und T3 (im Gegensatz zur Kontrollkondition) einen Trend zur Abnahme des Misstrauens auf, auch wenn zu beachten ist, dass dieser nicht signifikant ist. Replikationsstudien mit einer größeren Stichprobe könnten deutlichere Anhaltspunkte über Unterschiede zwischen den Instrumenten bieten. Aus den gemachten Feststellungen lässt sich ableiten, dass insbesondere in dieser Zielgruppe nebst Selbstfragebögen auch andere, qualitative bzw. implizite Verfahren einbezogen werden sollten, um ein vollständigeres und zuverlässigeres Bild der Behandlungseffekte zu erhalten, z.B. der implizite Assoziationstest (IAT), der die Stärke der Assoziationen zwischen einzelnen Elementen des Gedächtnisses misst (Greenwald, Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). Frühere Studien bestätigen die Probleme, die sich bei der Anwendung von Selbstfragebögen bei forensisch-psychiatrischen Patienten ergeben, unter anderem wenn es sich um die Bewertung von Behandlungsprogrammen handelt (Hornsveld et al., 2017).

Insgesamt gesehen deuten die Resultate der Studie darauf hin, dass es möglich ist, mit Hilfe von COMET das Selbstbild von Patienten mit chronischen psychotischen Störungen und Paranoia in der stationären forensischen Psychiatrie positiv zu beeinflussen. Das COMET kann bei dieser Zielgruppe zudem angewandt werden, ohne dass dies zu einer Verschlechterung des Zustandsbildes führt, im Gegenteil, die Patienten reagieren auf die Behandlungsmaßnahme ausgesprochen wertschätzend und auch der klinische Eindruck der im Umgang mit dieser Zielgruppe erfahrenen und fachkundigen Therapeuten ist positiv. In zwei früheren Studien (Van der Gaag et al. 2012b; De Valk, Van der Drift, & Korrelboom, 2012) wurde bereits untersucht, ob COMET für die Verbesserung des negativen Selbstbildes bei Menschen mit psychotischer Anfälligkeit wie Schizophrenie angewandt werden kann. Beide Studien bezogen sich jedoch auf Patienten, die ambulant behandelt wurden.

Die vorliegende Studie zeigt, dass COMET auch für stationär in einer forensisch psychiatrischen Einrichtung untergebrachte Patienten, die dauerhaft an einer psychotischen Erkrankung leiden, geeignet ist. Die Steigerung des Selbstwertgefühls kann ein wichtiger erster Schritt zur Rehabilitation sein. Insbesondere diese Zielgruppe gilt als schwer zu behandeln, in manchen Fällen sogar als therapieresistent. Wegen der Komplexität und der Schwere der Störungen droht oft das Stagnieren der Behandlung, was den Übergang in die reguläre Psychiatrie erschwert. Alles in allem motivieren die vorliegenden Forschungsergebnisse in Kombination mit dem klinischen Eindruck dazu, COMET bei forensisch psychiatrischen Patienten mit einer psychotischen Störung und damit verbundenem negativem Selbstbild sowie paranoiden Gedanken einzusetzen und die Möglichkeiten des Trainings speziell für diese Zielgruppe weiter zu untersuchen und zu entwickeln.

Literatur

- Atherton, S., Antley, A. Evans, N., Cernis, E., Lister, R., Dunn, G., Slater M. & Freeman, D. (2016). Self-confidence and paranoia: An experimental study using an immersive virtual reality social situation. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy*, 44, 56-64. doi.org/10.1017/S1352465814000496
- Bental, R.P., Kinderman, P. & Bowen-Jones, K. (1999). Response latencies for the causal explanations of depressed, paranoid, and normal individuals: Availability of self-representations. *Cognitive Neuropsychiatry*, 4 (2), 107-118. doi:10.1080/135468099395990
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S. & Black, D.W. (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder – a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Brewin, C. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784

- Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189, 10-20. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.024
- Dongen, J.D.M. van, Buck, N.M.L., Kool A.M. & Marle, H.J.C. van (2011). Psychometric evaluation of the Dutch persecutory ideation questionnaire (PIQ) and its relation to aggression. *Personality and Individual Differences*, 51, 527-531. doi:10.1016/j.paid.2011.05.014
- Fannon, D., Hayward, P., Thompson, N., Green, N., Surguladze, S. & Wykes, T. (2009). The self or the voice? Relative contributions of self-esteem and voice appraisal in persistent auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 112, 174-180. doi:10.1016/j.schres.2009.03.031
- Fisher, H.L., Appiah-Kusi, E. & Grant, C. (2012). Anxiety and negative self schemas mediate the association between childhood maltreatment and paranoia. *Psychiatry Research*, 196, 323-324. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.004
- Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., Coker, S., Hodgkins, J., Gracie, A., Dunn, G. & Garety, P. (2006). The brief core schema scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36, 749-759. doi:10.1017/S0033291706007355
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C. & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg self-esteem scale. *Psychologica Belgica*, 48 (1), 25-35. doi:10.5334/pb-48-1-25
- Freeman, D., Emsley, R., Dunn, G., Fowler, D., Bebbington, P., Kuipers, E., Jolley, S., Waller, H., Hardy, A. & Garety, P. (2015). The stress of the street for patients with persecutory delusions: A test of the symptomatic and psychological effect of going outside into a busy urban area. *Schizophrenia Bulletin* (41) 4, 971-979. doi:10.1093/schbul/sbu173
- Freeman, D., Pugh, K., Dunn, G., Evans, N., Sheaves, B., Waite, F., Cernis, E., Lister, R. & Fowler, D. (2014). An early phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self-confidence. *Schizophrenia Research*, 160, 186-192. doi:10.1016/j.schres.2014.10.038
- Freeman, D. & Garety, P. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 407-414. doi:10.1348/014466500163400
- Gaag M. van der, Valmaggia, L. & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156, 30-37. doi:10.1016/j.schres.2014.03.016
- Gaag, M. van der, Starring, T. & Valmaggia, L. (2012a). *Handboek psychose, theorie, diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Boom uitgevers
- Gaag, M. van der, Oosterhout, B. van, Daalman, K., Sommer, I.E. & Korrelboom, K. (2012b). Initial evaluation of the effect of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-171. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02025.x
- Goethals K. (2008). *Diagnostic comorbidity and circumstantial risks in psychotic offenders: An exploratory study* (Dissertation). Enschede: PrintPartners Ipskamp

- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P.A., Kuipers, E., Hardy, A., Ray, K., Dunn, G., Bebbington, P. & Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: A test of predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 280-289. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01011.x
- Green, C.E.L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G. & Garety, P.A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: The green paranoid thought scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38, 101-111. doi:10.1017/S0033291707001638
- Greenwald, A.G., McGhee, D.E. & Schwartz, J.L.K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464-1480. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1464>
- Greeven, P.G.J. & Roozen, H.G. (2019). Der Community Reinforcement Approach aus forensisch psychiatrischer und psychotherapeutischer Perspektive. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 1, 40-56
- Hall, P.L. & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioral treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317-332. doi:10.1016/S0005-7967(02)00013-X
- Hodgekins, J. & Fowler, D. (2010). CBT and recovery from psychosis in ISREP trial: Mediating effects of hope and positive beliefs on activity. *Psychiatryonline.org*, 61 (3), 321-324. doi:10.1176/ps.2010.61.3.321
- Hornsveld, R., Kraaimaat, F., Muris, P., Nijman, H., Zwiers, A., Roza, S. & Marle, H. van (2017). Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie. *Ge-dragstherapie*, 50 (4), 277-291
- Johns, L.C., Cannon, M., Singleton, N., Murray, R.M., Farrell, M., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R. & Meltzer, H. (2004). Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *British Journal of Psychiatry*, 185, 298-305. doi:10.1192/bjp.185.4.298
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1986). Positive and negative syndromes in schizophrenia as a function of chronicity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 507-518. doi:10.1111/j.1600-0447.1986.tb06276.x
- Kesting, M.L. & Lincoln, T.M. (2013). The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: A systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 766-789. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.002
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-9056-4
- Korrelboom, K., Starring, T. & Loon, R. van. (2017). Verbetering van zelfwaardering verlaagt paranoïde ideatie bij patiënten met angststoornissen. Effecten van COMET en EMDR 'rechtsom'. *Directieve Therapie*, 37, 1, 21-42
- Korrelboom, C.W., Marissen, M. & Assendelft, T. van (2011). COMET for treating low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized clinical trial. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19. doi:10.1017/S1352465810000469
- Korrelboom, C.W., Jong, M. de, Huijbrechts, I. & Daansen, P. (2009). COMET for treating low self-esteem in patients with eating disorders. A randomized clinical trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77, 974- 980. doi:10.1037/a0016742

- Larkin, W. & Morrison, A.P. (2009). *Trauma and Psychosis, new directions for theory and therapy*. London: Routledge
- Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Örey D., Richter F., Samara M., Barbui C., Engel R., Geddes J., Kissling W., Stapf M., Lässig B., Salanti G. & Davis J. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 382, 951–962. doi:10.1016/S0140-6736(13)60733-3
- Lincoln, T.M., Mehl, S., Ziegler, M., Kesting, M.L., Exner, C. & Rief, W. (2010). Is fear to others linked to an uncertain sense of self? The relevance of self-worth, interpersonal self-concepts, and dysfunctional beliefs to paranoia. *Behavior Therapy*, 41, 187-197. doi:10.1016/j.beth.2009.02.004
- Read, J., Os, J. van, Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (5), 330-350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518. doi:10.1001/jama.1990.03450190043026
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescence self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. doi:10.1126/science.148.3671.804
- Ruiter, C., de & Hildebrand, M. (2005). *Behandelstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 Nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (4), 623-642. doi:10.1037/0022-3514.89.4.623
- Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., Kuipers, E. & Dunn, G. (2006). Emotion and psychosis: Direct links between schematic beliefs, emotion and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188. doi:10.1016/j.schres.2006.06.018
- Tarrier, N. (2014). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. Part II, chapter 6. *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*, Routledge, Taylor & Francis Group. London: Routledge. doi:10.1016/S0005-7967(02)00139-0
- Taylor, H.E., Steward, S.L.K., Dunn, G., Parker, S., Fowler, D. & Morrison, A.P. (2013). Core schemas across the continuum of psychosis: A comparison of clinical and non-clinical groups. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42 (6), 718-730. doi:10.1017/S1352465813000593
- Tiernan, B., Tracey, R. & Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: A systematic review of the literature. *Psychiatry Research*, 216, 303-313. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.003
- Valk, R. de, Drift, S. van der & Korrelboom, K. (2012). Versterken van het zelfbeeld bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. *Directieve Therapie*, 32 (3), 212-229

- Williams-Keeler, L., Milliken, H. & Jones, B. (1994). Psychosis as a precipitating trauma for PTSD: A treatment strategy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 493-498. <https://doi.org/10.1037/h0079543>
- Wolthaus, J.E.D., Dingemans, P.M.A., Schene, A.H., Linszen, D.H., Kneegtering, H., Holthausen, E.A.E., Cahn, W. & Hijman, R. (2000). Component structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in patients with recent-onset schizophrenia and spectrum disorders. *Psychopharmacology*, 150 (4), 399-403. <https://doi.org/10.1007/s002130000459>